

© Коллектив авторов, 2013
УДК 617.584-02::616.147-007.272-089.86:611.147

Г. Г. Хубулава, Е. К. Гаврилов, И. В. Вержак, И. А. Ларин

УСПЕШНОЕ БЕДРЕННО-ПОДВЗДОШНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ ПРИ ПРАВОСТОРОННЕЙ ОККЛЮЗИИ ПОДВЗДОШНОЙ ВЕНЫ У БОЛЬНОЙ С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩЕЙ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ ГОЛЕНИ

1-я кафедра хирургии (усовершенствования врачей) (зав. — чл.-кор. проф. Г. Г. Хубулава), Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: *посттромботическая болезнь, трофическая язва голени, окклюзия подвздошной вены, ультразвуковое дуплексное сканирование, флебография, реконструктивные оперативные вмешательства, линейное венозное бедренно-подвздошное шунтирование, ПТФЭ (политетрафторэтиленовый) протез сосуда*

Последствия перенесённых острых венозных тромбозов нижних конечностей, особенно подвздошно-бедренного сегментов, зачастую связаны с развитием выраженного болевого синдрома (так называемой «венозной» хромоты), наличием стойкого отёчного синдрома, возникновением трофических нарушений и язв, что отмечается у 28% таких больных [4]. Наиболее выраженные проявления хронической венозной недостаточности (ХВН) наблюдаются при сочетании двух главных патогенетических механизмов декомпенсации венозного оттока — рефлюкса и обструкции/окклюзии [1].

Многокомпонентная консервативная терапия далеко не всегда позволяет адекватно корректировать указанные выше клинические проявления. Неэффективность консервативной терапии у пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей при наличии запущенных стадий ХВН является основным показанием для реконструктивной хирургии глубоких вен [7]. В последние годы с успехом применяются эндоваскулярные вмешательства по пластике и стентированию магистральных вен [6]. Наи-

лучшие результаты по критериям заживления трофических язв, отсутствию их рецидивирования и длительной проходимости имплантированных стентов наблюдаются при так называемой нетромботической «первичной» обструкции, которая возникает наиболее часто при синдроме May—Turner (компрессии левой общей подвздошной вены кпереди идущей правой общей подвздошной артерией). При хронической посттромботической обструкции результаты несколько хуже. Необходимо отметить, что результаты эндоваскулярных вмешательств зависят от степени и протяжённости стеноза — чем выраженнее и протяжённее стеноз, тем результаты хуже.

Необходимость в открытых оперативных вмешательствах на магистральных венах возникает при неудаче или невозможности (полная окклюзия) эндоваскулярных вмешательств. Наиболее частыми причинами не связанной с раком окклюзии магистральных вен являются упомянутый выше синдром May—Turner, который приводит к возникновению илеофemorального флелотромбоза; не прямое повреждение сосуда в результате травмы, ретроперитонеальный фиброз, доброкачественные опухоли малого таза, аневризмы подвздошных артерий, фиброзные тяжи и связки, гипоплазия глубоких вен при синдроме Klippel—Trenaune и др. [3]. Применяются следующие виды оперативных вмешательств: бедренно-бедренная транспозиция большой подкожной вены — операция Пальма, надлобковое синтетическое

Сведения об авторах:

Хубулава Геннадий Григорьевич (e-mail: ggkh@rambler.ru), Гаврилов Евгений Константинович (e-mail: gavrilov_evgeny@mail.ru), Вержак Илона Валерьевна (e-mail: ilona.plugareva@gmail.com), Ларин Илья Алексеевич (e-mail: larin.i.a.@mail.ru),

1-я кафедра (хирургии усовершенствования врачей), Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 194044, Санкт-Петербург, ул. Лебедева, 6

шунтирование, бедренно-подвздошно-полное линейное шунтирование. Выбор метода операции зависит от протяжённости окклюзии, наличия пригодной для шунтирования, как правило, большой подкожной вены, выраженности сопутствующего варикозного расширения подкожных вен надлобковой области и нижних конечностей. Наиболее часто применяется операция Пальма, при этом, по сводной статистике на 2008 г. на 412 подобных операций проходимость шунтов спустя 3–5 лет составляет 70–83% [3]. Однако при отсутствии пригодной для шунтирования вены, выраженном варикозном расширении надлобковой области возникает необходимость в использовании синтетических шунтов.

Результаты надлобкового шунтирования синтетическим протезом, по данным В. Eklof [2], хуже — 28% проходимость при 2-летнем наблюдении или схожи с таковыми при операции Пальма, т. е. 77% проходимость шунтов при 5-летнем сроке наблюдения [8]. При наличии коротких односторонних окклюзий предпочтительным является линейное бедренно-подвздошное или бедренно-полное шунтирование синтетическим протезом [2, 3, 8]. В мировой литературе сообщается лишь о единичных немногочисленных сериях подобных оперативных вмешательств. По данным V. Sotturaj [8], длительная проходимость отмечена в 16 из 19 политетрафторэтиленовых (ПТФЭ) шунтах в сроки от 80 до 113 мес [8]. По результатам работы клиники Маю вторичная 2-летняя проходимость подвздошно-бедренно-полых ПТФЭ-шунтов составила 54% [5].

Ниже приводим описание наблюдения успешного бедренно-подвздошного шунтирования синтетическим протезом односторонней окклю-

зии подвздошной вены неопухолового генеза у больной с посттромботической болезнью вен правой нижней конечности с длительно незаживающей трофической язвой голени.

Пациентка К., 30 лет, находилась на лечении в нашей клинике с 22.05 по 02.06.2012 г. Поступила в плановом порядке с жалобами на наличие длительно незаживающей трофической язвы правой голени, отёчность голени и стопы, не исчезающую за время ночного отдыха, варикозно-расширенные вены правой нижней конечности и надлобковой области. Поставлен диагноз: посттромботическая болезнь правой нижней конечности, окклюзия правой наружной подвздошной вены, смешанная форма (варикозно-склеротическая), санированная трофическая язва правой голени, вирусный гепатит С (носительство).

В анамнезе длительная (около 8–9 лет) опиоидная наркозависимость, неоднократно практиковала введение наркотических средств в области паховых складок. Больной себя считает в течение 5 лет, когда стала отмечать отёчность голени и стопы, варикозно-расширенные вены правой нижней конечности, позднее появились вены над лобком, потемнение, уплотнение кожи правой голени, около 9 мес назад появилась трофическая язва правой голени. Лечилась амбулаторно (принимала венотоники, использовала эластическую компрессию, многочисленные наружные средства по лечению трофической язвы). Местно: правая нижняя конечность гиперпигментирована, явления липодерматосклероза в нижней трети голени. На медиальной лодыжке трофическая язва размером 9×7×0,7 см. Ствол большой подкожной вены (БПВ) на бедре расширен. Притоки БПВ справа на голени варикозно трансформированы, мягкоэластической консистенции. Бассейн малой подкожной вены (МПВ) не изменён. Имеются варикозно-расширенные вены над лобком (бассейн vv. pudendae и vv. epigastrica superficialis). Периферическая пульсация артерий отчётливая (рис. 1).

Выполнено ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей и таза: визуализированы магистральные поверхностные и глубокие вены правой нижней конечности. При визуализации — УЗ-признаки посттромботической болезни: сегментарной окклюзии правой наружной подвздошной вены с сохранением клапанного

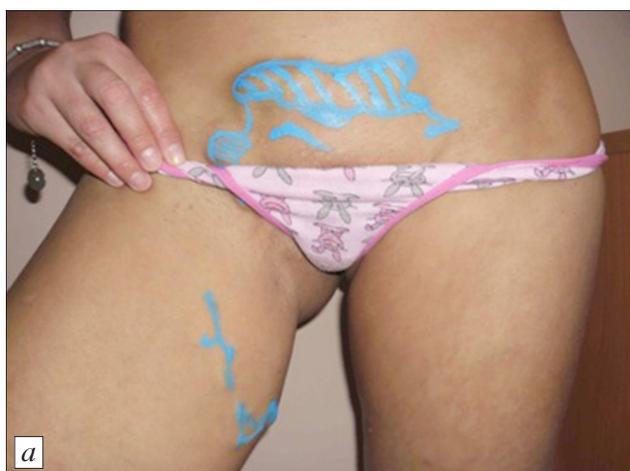


Рис. 1. Внешний вид пациентки К., 30 лет, с посттромбофлебической болезнью правой нижней конечности. а — варикозно-расширенные подкожные вены надлобковой области и правого бедра; б — длительно незаживающая (более 9 мес) трофическая язва правой голени

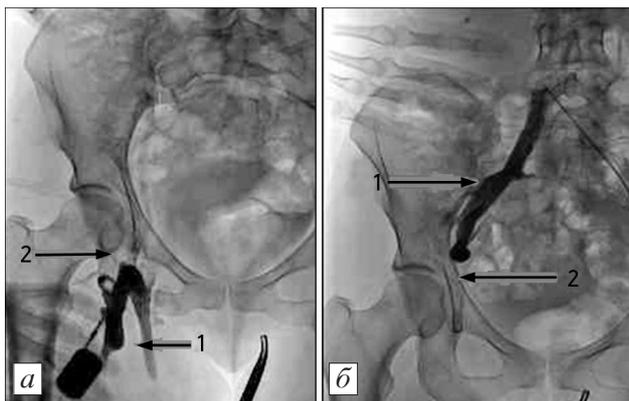


Рис. 2. Флебограммы той же больной.

а — восходящая бедренная флебография (1 — сохранённый клапан бедренной вены; 2 — окклюзия наружной подвздошной вены);
б — ретроградная илеофлебография (1 — общая подвздошная вена; 2 — окклюзия наружной подвздошной вены)



Рис. 3. Внешний вид той же пациентки при контрольном осмотре через 9 мес.

а — правая нижняя конечность; *б* — зажившая язва в нижней трети правой голени

аппарата глубоких вен ниже паховой складки, варикозная трансформация ствола БПВ на бедре. Функционирующий варикозно-трансформированный надлобковый шунт в бассейне *v. epigastrica superfascialis*. Ствол БПВ на левом бедре состоятелен, с максимальным диаметром 3 мм. При двусторонней восходящей бедренной флебографии: окклюзия правой наружной подвздошной вены протяжённостью около 5,5 см, варикозное расширение в бассейне поверхностных надчревных и наружных срамных вен, надлобковый естественный венозный шунт (рис. 2).

С учётом длительно незаживающей трофической язвы голени, неэффективности консервативной терапии, наличия короткой окклюзии наружной подвздошной вены, отсутствия пригодной для аутовенозного шунтирования вены после подготовки 25.05.2012 г. операция: линейное бедренно-подвздошное шунтирование правой наружной подвздошной вены (армированный ПТФЭ-протез 9 мм), кроссэктомия (операция Троянова—Тренделенбурга), удаление БПВ по Бэбкокку на бедре и верхней трети голени, разобщение эктазированного надлобкового естественного венозного шунта, удаление варикозно-расширенных вен правой нижней конеч-

ности, надлобковой области. Наложения артериовенозной фистулы не производилось.

На 6–8-е сутки язва на голени заполнилась грануляциями, активная краевая эпителизация, морщинистость кожи конечности на фоне уменьшения отёка. Заживление трофической язвы на фоне цинк-желатиновой повязки на 32-е сутки. С учётом длительной наркозависимости, сопутствующего гепатита С на постоянный приём назначен антикоагулянтный препарат «Прадакса» (прямой ингибитор тромбина) в дозе 220 мг однократно в сутки. УЗИ контроль через 3 и 5 нед подтвердили полную проходимость шунта. Контрольный осмотр 19.01.2013 г.: пациентку беспокоят преходящие отёки, наличие внутрикожных вен на обеих голени как косметический дефект (рис. 3).

Эластическую компрессию использует периодически. Рецидива наркозависимости нет. Пациентка вышла замуж, беременна (срок 12 нед). При ультразвуковом ангиосканировании шунт проходим, регистрируется нормальный фазный с дыханием кровотоков, данных за несостоятельность магистральных вен нет. Даны рекомендации по ведению родового, родов и послеродового периодов.

Данное наблюдение подтверждает высокую эффективность хирургического лечения посттромботической болезни вен нижних конечностей с помощью операции линейного бедренно-подвздошного ПТФЭ-шунтирования. Отмечается полное заживление трофической язвы голени в короткие сроки, купирование основных симптомов ХВН при наличии проходимости шунта в срок до 9 мес, психологическая и социальная реабилитация пациентки.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Birdwell B.G., Raskob G.E., Whitsett T.L. et al. The clinical validity of normal compression ultrasonography in outpatients suspected of having deep venous thrombosis // *Ann. Intern. Med.* 1998. Vol. 128. P. 1–7.
- Eklöf B. Temporary arteriovenous fistula in reconstruction of iliac vein obstruction using PTFE grafts // *Controversies in the Management of Venous Disorders* / Ed. B.Eklöf, J.E.Gjores, O.Thulesius, D.Berquist. London: Utterworths, 1989. P. 280–290.
- Gloviczki P., Oderich G.S. Open surgical reconstructions for non-malignant occlusion of the inferior vena cava and iliofemoral veins // *Handbook of venous disorders. 3rd edition. Guidelines of the American Venous Forum* / Ed. P.Gloviczki. London: Hodder Arnold, 2009. P. 514–522.
- Heit J.A., Silverstein M.D., Mohr D.N. et al. The epidemiology of venous thromboembolism in the community // *Thromb. haemost.* 2001. Vol. 86. P. 452–463.
- Jost C.J., Gloviczki P., Cherry K.J. Jr. et al. Surgical reconstruction of iliofemoral veins and the inferior vena cava for nonmalignant occlusive disease // *J. Vasc. Surg.* 2001. Vol. 33. P. 320–327.
- Neglen P., Hollis K.C., Olivier J., Raju S. Stenting of the venous outflow in chronic venous disease: long-term stent-related outcome, clinical and hemodynamic results // *J. Vasc. Surg.* 2007. Vol. 46. P. 979–990.
- Raju S. Surgical repair of deep vein valve incompetence // *Handbook of venous disorders. 3rd edition. Guidelines of the American Venous Forum.* Ed. P.Gloviczki. London: Hodder Arnold, 2009. P. 472–480.
- Sottirai V.S. Venous bypass and valve reconstruction: indication, technique and results // *Phlebologie.* 1997. Vol. 26. P. 183–188.

Поступила в редакцию 19.06.2013 г.